Rok XXXIX. Kraków, 27 Stycznia 1900. Nr. 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z pracowni kliniki ginekologiczno-położniczej prof. Dra H. Jordana.

Gruczolako-mięśniaki *(Adenomyomata)* macicy.

Napisał

Docent Dr. L. Świtalski.

Virchow, opisując w r. 1863 mięśniaka torbielowatego *(myoma cysticum)* macicy, zaznacza, że jamki w mięśniaku, wypełnione płynem, nie są wysłane nabłonkiem i dodaje przytem, że wogóle utwory gruczołowe we włókniakach nigdy się nie znajdują.

Klebs utrzymywał, że prawdziwy nabłonek może znajdować się tylko we włókniakach, leżących blizko błony śluzowej macicy, i że wtedy pochodzi on z jej nabłonka. Badania włókniaków, dokonane w ostatnich dziesiątkach lat, wykazały, że twory gruczołowe mogą się jednak znajdować nie tylko we włókniakach podśluzowych, ale śródmiąższowych i podsurowiczych, a więc leżących zdala od błony śluzowej macicy.

Ilość utworów gruczołowych we włókniako-mięśniakach jest niekiedy tak znaczna, że nowotwory te zaliczono do nowotworów mięszanych *(Mischgeschwülste)* i nazwano je gruczolako-mięśniakami *(adenomyoma)*.

W niektórych przypadkach gruczołowe te utwory, wskutek nagromadzenia się wydzieliny, ulegają torbielkowatemu rozszerzeniu tak, że tworzą się liczne mniejsze lub większe torbielki, a wtedy nowotwory te noszą nazwę gruczolako-mięśniaków torbielowatych *(adenomyoma cysticum)*.

Nowotwory te należą do łagodnych i występują daleko rzadziej, niż włókniaki zwykłe, złożone tylko z tkanki mięsnej i tkanki łącznej.

Zanim przystąpię do podania bliższych szczegółów o tych nowotworach, pozwolę sobie naprzód w krótkości przytoczyć dwa przypadki gruczolako-mięśniaków macicy, które miałem sposobność spostrzegać i badać drobnowidowo.

1. S. S. lat 45, z Zakliczyna.

Pierwsza regularność wystąpiła w 14 roku życia, powtarzała się w prawidłowych odstępach czasu, była zawsze obfita, utrzymywała się 6—7 dni i towarzyszyły jej, zwłaszcza w pierwszych latach, silne bóle w dolnej części brzucha. Rodziła dwa razy prawidłowo, ostatni raz przed 25 laty; następnie w przerwach jedno do dwuroczuych roniła cztery razy, a ostatnie poronienie odbyło się przed 12 laty. Od sierpnia 1896 r. miewa nieregularne obfite krwawienia wśród silnych bólów w krzyżach.

W dniu przyjęcia do kliniki, d. 12 grudnia 1896 r., badanie wykazało u osoby silnie niedokrewnej trzon macicy powiększony, twardszy, w tyłozgięciu zrostami z otoczeniem połączony: część pochwowa grubsza i twardsza, ujście zewnętrzne w kształcie szpary poprzecznej dla palca niedrożne. W trąbkach i jajnikach wybitniejszych zmian nie stwierdzono. Przy pomocy zgłębnika można było wybadać w okolicy ujść trąbkowych małe wypuklenie, jakby pochodzące od jakich utworów, usadowionych wśród ściany macicy.

Na podstawie tego badania przypuszczono, że najprawdopodobniej przyczyną obfitych krwawień w tym przypadku będą małe włókniaczki, usadowione w okolicy ujść trąbkowych. Kiedy odpowiednie leczenie nieodniosło pożądanego skutku, a krwawienie stale się utrzymywało, dokonano wyskrobania macicy. Badanie drobnowidowe wyskrobanych strzępów błony śluzowej wykazało w niej tylko nieco większą ilość gruczołów. Po wyskrobaniu macicy krwawienie na kilka miesięcy ustąpiło; w czerwcu 1897 przyszło jednak znowu do tak obfitych krwawień, że chora zgłosiła się powtórnie do kliniki. Badanie wykazało taki sam stan części rodnych, jakim był przy pierwszem badaniu.

Wobec tem większego jeszcze prawdopodobieństwa, że przyczyną krwawień będą małe włókniaczki, postanowiono wykonać operacyę radykalną i dnia 24/VI 1897 r. dokonano wycięcia macicy przez pochwę. Operowano metodą kleszczykową, ułatwiając sobie wydobycie macicy przez jej rozkawałkowywanie. Zabieg był dosyć trudny z powodu silnych zrostów, łączących macicę z otoczeniem. Trąbki i jajniki, nieprzedstawiające wybitniejszych zmian, a silnie do otoczenia przyrośnięte, pozostawiono.

Przebieg po operacyi zupełnie prawidłowy.

Wycięta macica wyraźnie powiększona (12 ctm. długości), tylna jej ściana strzępiasta z powodu poprzerywanych zrostów. W obu rogach macicy, w miejscu gdzie przebiegają trąbki wśród utkania macicy, znajdują się bardzo wyraźne zgrubienia, wypuklające się ponad powierzchnię macicy w postaci utworów wielkości orzecha laskowego. Jama macicy długa na 10 ctm., ściany macicy wyraźnie grubsze, błona śluzowa przedstawia się prawidłowo, a w okolicy ujść trąbkowych więcej od tyłu dają się stwierdzić małe wypuklenia.

Na przekroju ukośnym powyżej opisanych guzowatości w rogach macicy widzi się, że składają się one z tkanki włóknisto-mięsnej blado-czerwonawo zabarwionej, wśród której znajdują się bardzo liczne przekroje torbielków rozmaitej wielkości i rozmaitego kształtu, wypełnionych treścią brunatnawą.

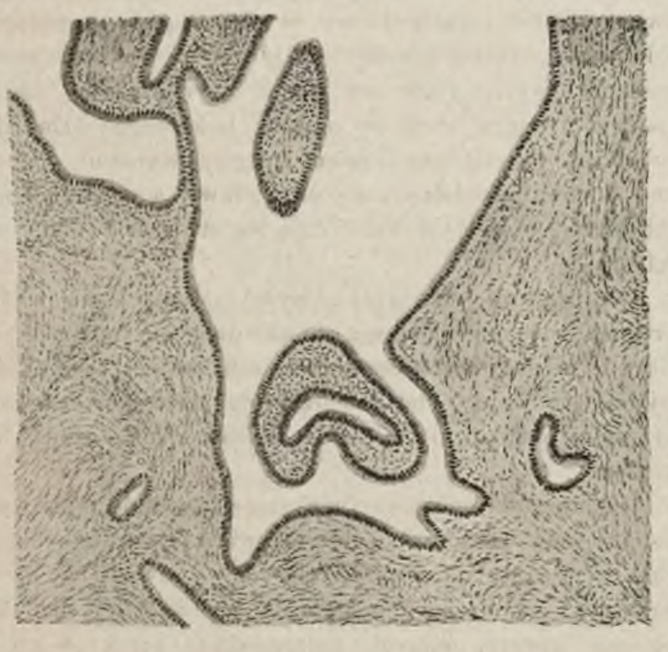
Badanie drobnowidowe wykazuje, że wśród tkanki włóknisto-mięsnej znajduje się bardzo wiele utworów gruczołowych, nierzadko się rozgałęziających, o światłach bardzo rozmaitych, przeważnie nieregularnie porozszerzanych. Gruczołowate utwory, których najrozmaitsze przekroje uwidaczniają się na preparatach *(Rys. 1.)*, wysłane są bardzo wyraźnym, dobrze utrzymanym nabłonkiem wałeczkowym, niższym nieco wśród części kanalików więcej rozszerzonych. Światło rozszerzonych gruczołów na preparatach jest przeważnie puste, miejscami tylko spotyka się śród niego bezpostaciową, lekko fioletowo (haematoksyliną) zabarwioną masę. W wielu miejscach rozszerzone kanaliki przylegają na pewnej przestrzeni bezpośrednio do siebie tak, że w tych

miejscach przegrodę pomiędzy ich światłami stanowią tylko dwie warstwy nabłonka. Wśród rozszerzonych części kanalików gruczołowych spotyka się dosyć często mniejsze lub większe gromady komórek ziarnistych *(Rys I, a)* barwy



Rys. 1 (Reichert 2. oc. 4).

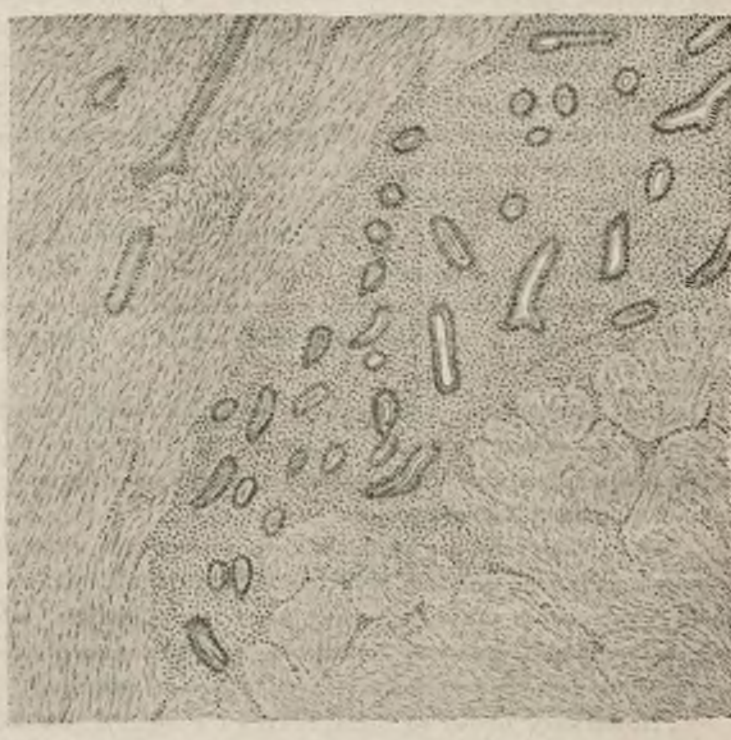
żółtawej. Miejscami spotykałem także w świetle rozszerzonych gruczołów utwory kuliste *(Rys. 1, b)* lub półkoliste, złożone z młodej tkanki łącznej okrągłokomórkej, wysłane na powierzchni nabłonkiem sześciennym (kubicznym); śród



Rys. 2 (Seibert N II-oc 0).

utkania nowotworu znalazłem również obraz *(Rys. 2)*, gdzie śród nieregularnie rozszerzonego światła kanalika gruczołowego znajduje się nieregularny przekrój drugiego gruczołu, wysłany na obwodzie nabłonkiem wałeczkowym, w środku zaś zawierający światło, również otoczone nabłonkiem wałeczkowym. Obraz ten można sobie wytłómaczyć tylko przez wytworzenie się wgłębienia *(invaginatio)* ściany kanalika.

Gruczołowe te utwory, nieregularnie rozrzucone śród tkanki włóknisto-mięsnej, usadowione są bezpośrednio śród tkanki mięsnej, lub tkanki łącznej włóknistej i tylko w bardzo nie wielu miejscach spotyka się dokoła nich młodą tkankę łączną o komórkach okrągłych i krótkich wrzecionowatych *(cytogenes Gewebe)* i bardzo skąpego podścieliska włókienkowego, taką, jaką się spotyka śród utkania błony śluzowej macicy. Co się tyczy przebiegu wiązek mięśniowych w sąsiedztwie tych utworów gruczołowych, to w wielu miejscach można dostrzedz jakby dostósowanie się ich przebiegu do utworu gruczołowego. Błona śluzowa części macicznej trąbek, dokoła której rozwinął się nowotwór, zachowuje się prawidłowo i nie okazuje żadnego związku z utworami gruczołowymi, które dochodzą tylko do warstwy mięsnej trąbki; ku obwodowi gruczoły dochodzą blizko otrzewnej, pokrywającej guz. Błona śluzowa macicy nie przedstawia zmian wybitniejszych. W przypadku więc tym przyszło do obustronnego rozwinięcia się gruczolako-mięśniaka torbielkowatego dokoła tej części trąbki, która przebiega śród utkania macicy.



Rys. 3 (Seibert N II-oc 0).

2. S. A., lat 35, z Ropczyc.

Nie roniła i nie rodziła. Miesiączkowała dawniej prawidłowo, od kilku zaś miesięcy miewa obfite nieregularne krwawienia, do których w ostatnich czasach dołączyły się bóle w krzyżach i dolnej części brzucha. Pacyentka leczyła się w r. 1890 w klinice i wtedy rozpoznano: *perimetritis exsudativa et fibromyoma in pariete anteriori corporis uteri.*

W marcu 1897 badanie wykazało u osoby niedokrewnej powiększony trzon macicy, ustalony w tyłozgięciu przez rozległe zrosty. Szyjka macicy rozszerzona, a przez drożne dla palca ujście zewnętrzne można wybadać guz wielkości małej pięści, szeroko osadzony na przedniej ścianie macicy, tuż powyżej ujścia wewnętrznego. Zrazu postanowiono guz wyłuszczyć, próba jednak się nie udała z powodu znacznej kruchości guza i bardzo ścisłego związku jego z macicą. Wobec tego przystąpiono do wycięcia macicy przez pochwę metodą kleszczykową Przebieg pooperacyjny był prawidłowy.

Chora była operowana w zakładzie Doc. Dra Brauna, któremu za łaskawe mi odstąpienie przypadku tego do ogłoszenia pozwalam sobie złożyć podziękowanie.

Trzon macicy powiększony, przednia ściana wyraźnie zgrubiała, na wewnętrznej stronie nierówna, pokryta licznymi strzępami po wyrwanym guzie.

Badanie drobnowidowe guza wykazało, że pozbawiony na powierzchni błony śluzowej, składa się on z tkanki mięsnej, śród której znajdują się bardzo liczne utwory gruczo, łowe, które występują w dwojakiej postaci, bądź to w gromadach, bądź też pojedynczo porozrzucane *(Rys. 3)*. Przekroje gruczołów są rozmaitego kształtu, przeważnie o światłach wazkich, wysłane są wyraźnym, dobrze utrzymanym nabłonkiem wałeczkowym i przypominają zupełnie gruczoły w błonie śluzowej macicy.

Przekroje gruczołów, ułożonych w gromadach, pomieszczone są śród młodej tkanki łącznej okrągłokomórkowej, obficie koło nich rozłożonej *(Rys. 3)*. Granica pomiędzy tkanką łączną, w niektórych miejscach bogato unaczynioną, a tkanką mięsną, jest całkiem nieregularna. Przekroje gruczołów odosobnionych i nieregularnie porozrzucanych nierzadko ułożone są bezpośrednio śród warstwy mięsnej. Ilość gruczołów największa jest na obwodzie guza, w miarę zaś zbliżania się do jego podstawy, do ściany macicy, jest coraz mniejsza; granica pomiędzy guzem, a ścianą macicy jest bardzo ścisła, całkiem zamazana. Błona śluzowa z tylnej ściany macicy przedstawia tylko nieznaczne zmiany, polegające na torbielkowatem rozszerzeniu gruczołów.

Badając tylną ścianę macicy, znalazłem w jednem miejscu zdala od błony śluzowej, śród tkanki mięsnej, gruczoły pomieszczone bądź to śród tkanki łącznej okrągłokomórkowej, bądź też bezpośrednio śród tkanki mięsnej.

W przypadku tym mieliśmy więc mięśniako-gruczolaka podśluzowego, ułożonego bezpośrednio pod błoną śluzową, stojącego w ścisłym związku z utkaniem macicy. Zachodzi teraz pytanie, jak sobie należy wytłómaczyć pochodzenie tych utworów gruczołowych we włókniako-mięśniakach, a zarazem czy zachodzi jaki związek wogóle pomiędzy utworami gruczołowymi a rozwojem włókniako-mięśniaków.

Uwzględniając umiejscowienie nowotworów i zupełnie odmienne zachowanie się utworów gruczołowych w obu przypadkach, z największem prawdopodobieństwem można utrzymywać, że pochodzenie utworów gruczołowych w obu przypadkach będzie różne. Dotychczasowe zapatrywania co do pochodzenia utworów gruczołowych w mięśniakach są rozmaite i oparte na mniej lub więcej pewnych podstawach. Autorowie, którzy spostrzegali i badali gruczolako-mięśniaki podśluzowe (Schottländer, Leguen i Marien, Hausner) utrzymują, że gruczoły w nich się znajdujące pochodzą z błony śluzowej macicy, że najpierw rozwinął się włókniak, a następowo gruczoły z błony śluzowej macicy wrosły w jego utkanie. Schröder, Ruge i Palm utrzymują, że ślepe zakończenia gruczołowe mogą uledz odsznurowaniu z błony śluzowej i przypadkowo dostać się w utkanie sąsiadującego włókniaka.

Że odsznurowywanie gruczołów z błony śluzowej macicy jest możliwem, nie ulega żadnej wątpliwości. Sam miałem sposobność stwierdzić odsznurowywanie się gruczołów z błony śluzowej macicy w głąb tkanki mięsnej zdala od błony śluzowej w przypadku przewlocznego zapalenia miąższu macicy *(metriis chronica)*, w której znajdował się uklej (polip) włóknisty. W przypadku tym znajdowałem zdala od błony śluzowej gruczoły pomieszczone śród tkanki mięsnej. A ponieważ spotkałem szereg takich gruczołów, z których jedne znajdowały się bliżej, drugie dalej błony śluzowej, więc należy przypuścić, że zostały one od błony śluzowej odsznurowane. Odsznurowanie takie gruczołów z błony śluzowej stwierdziłem również śród tylnej ściany macicy w przypadku drugim.

Ribbert posiada preparat, w którym odsznurowane cząstki błony śluzowej macicy wraz z gruczołami są ułożone w głębi 7—8 mm. od błony śluzowej macicy, a części najdalej wysunięte leżą tuż przy małym włókniaku, do którego utkania jednak jeszcze się nie dostały.

Dzisiaj więc jest rzeczą pewną, że gruczoły z błony śluzowej macicy następowo dostać się mogą w utkanie włókniako-mięśniaka, rozwijającego się blizko błony śluzowej lub też tuż pod błoną śluzową, stojącego w ścisłym związku z utkaniem macicy. (Dok. nast.).

II. **Z zakładu sądowo-lek. c. k. Uniw. Jagiell. w Krakowie.**

Kilka uwag o samobójstwie, z uwzględnieniem kazuistyki krakowskiej za czas od r. 1892—1898 (włącznie).

Podał

Adolf Eugeniusz Klęsk

kandydat medycyny.

(Ciąg dalszy).

W miastach samobójstwa są o wiele częstsze, niż na wsi. Zupełnie to jasne, jeżeli zważymy, że na wsiach jest:

1. mniejszy przyrost ludności,
2. mała zmiana stosunków,
3. mniejsze potrzeby i wymagania,
4. że wszystkie żywioły, niezadowolone na wsi, wędrują do miast. Ten zaś fakt wyjaśnia nam znów, dlaczego najwięcej samobójstw w mieście przypada na klasę robotniczą i służących, a więc właśnie na ludzi, rekrutowanych ze wsi.

Religia katolicka ma wpływ zbawienny na samobójstwo, jak to wykazują dzieje Rzymu, gdzie z nastaniem katolicyzmu nastąpił znaczny spadek liczby samobójstw. Zresztą najwięcej samobójstw wydarza się u protestantów. Co do żydów, to stosunek ich do katolików pod tym względem jest 1:10. Zajęcie wywiera też wpływ pewien na samobójstwo. Najwięcej samobójców spotykamy u ludzi bez stałego zajęcia, a więc u wyrobników, służących, artystów. Najmniej samobójstw wydarza się w stanie duchownym.

Mówiąc o wpływach ogólnych na samobójstwa, musimy wspomnieć jeszcze o jednym bardzo ważnym, a jest nim naśladownictwo i zaraza duchowa. Nie tylko bowiem cierpienia fizyczne, ale także choroby umysłowe mogą się łatwo innym udzielać. W historyi i literaturze mamy liczne wzmianki o takich epidemiach. Św. August wspomina, że w pewnym kraju wybuchła epidemia obłędu u kobiet, wśród którego zdawało się im, że są przeobrażone w konie. Zachowanie się tych chorych było też zupełnie odpowiednie do urojonego mniemania o sobie. Podobna epidemia wybuchła w XVII wieku we Francyi pod nazwą wilkołactwa. Dotknięci nią ludzie, w mniemaniu, że są wilkami, popełniali najokropniejsze zbrodnie. W roku 1667 rozegrała się znowu w Szkocyi wielka sprawa czarownic. Kobiety, stawiane przed sąd twierdziły, że są wronami, zającami i t. d. Podobne fakty spo-

strzegać można obecnie w Abisynii, gdzie znów młode dziewczęta popadają w stan, w którym im się wydaje, że są hyenami. Do takich zaraz duchowych należy zaliczyć wyprawy krzyżowe dzieci, epidemię religijną w r. 1841 w Szkocyi i w r. 1866 w Amsterdamie.

Istnienie więc zarazy duchowej jest niezaprzeczalne, może ona występować w różnej postaci i objawiać się n. p. skłonnością do samobójstwa. Epidemie takie spostrzegano już nieraz po pensyonatach, koszarach, szkołach. Tak n. p. wspomina Legoyt, że w roku 1879 wybuchła w szkołach średnich w Rosyi zaraza samobójcza po zaprowadzeniu obowiązkowej nauki języków greckiego i łacińskiego. W nieco mniejszym stopniu możemy spostrzegać epidemie samobójcze i obecnie; określamy je jednak zwykle skromniejszą nazwą naśladownictwa. Naśladownictwo to objawia się n. p. w wyborze miejsca czynu lub sposobu odebrania sobie życia. Każde oryginalne samobójstwo znajduje zaraz naśladowców i może przybrać łatwo cechę epidemii. Pliniusz wspomina, że na jednej wyspie koło świątyni Apollina rzuciła się raz z obok położonej skały para zakochanych w morze. Od czasu tego miejsce to ciągle było nawiedzane przez samobójcze pary i dostało nawet nazwę, podobnie jak i sam sposób odebrania sobie życia, „skoku zakochanych“. Na wyspie Keos samobójstwo jednego starca stało się potem regułą i kto tylko dożył sędziwego wieku, pozbawiał się życia, by nie być ciężarem dla młodszych. Filozof Zenon w Atenach wykładał tak pięknie o samobójstwie, że uczniowie w oczach jego pozbawiali się życia, a św. Augustyn wspomina, że niejaki Kleombrot po przeczytaniu dzieła Platona „O nieśmiertelności duszy“, rzucił się w morze.

W r. 1772 powiesiło się we Francyi [1]) 15 inwalidów po kolei na jednym i tym samym haku tak, że w końcu po wielkich debatach hak ten usunięto, co rzeczywiście wywarło radykalny skutek. Przy końcu zeszłego wieku było w Londynie modnem rzucanie się z pewnego pomnika na dół. Przybrało ono takie rozmiary, że w końcu magistrat kazał pomnik otoczyć żelazną balustradą. Tych kilka przykładów maluje nam chyba dosadnie wpływ psychiczny i zaraźliwość samobójstwa.

Nie zawsze jednak ma się pod ręką oryginalność. Dlatego też zwykle odbierają sobie życie samobójcy starymi, wypróbowanymi środkami, nowe wynalazki przyjmują się i tu powoli. Do nich należy obecnie samobójstwo przez rzucenie się pod kolej lub przez prąd elektryczny. Do metod dawnych, a najczęstszych, należy powieszenie, utopienie, postrzał, rany kłóte i cięte, otrucie, rzucenie się z wysokości. Zależność samobójstwa od warunków zewnętrznych objawia się i tutaj, a przysłowie „jaką bronią wojujesz, od takiej zginiesz“ sprawdza się zupełnie. Statystyka bowiem wykazuje stale, że samobójcy używają tego sposobu odebrania sobie życia, który z ich zawodem w najbliższym jest związku.

Kucharki mają pod ręką zapałki fosforowe, trują się więc przeważnie fosforem, czasem użyje ta lub owa trucizny na szczury (arszeniku lub strychniny). Robotnicy fabryczni trują się kwasami, służba szpitalna, laboranci w aptekach — kwasem azotowym lub sublimatem; lekarze, aptekarze, chemicy alkaloidami wogóle, lub sinkiem potasu, damy zaś morfiną i t. d. Postrzału używają wojskowi lub ludzie młodzi i energiczni, czasem jednak i starcy. Fryzyerzy podrzynają sobie gardło brzytwami, masarze rozpruwają brzuch. W okolicach lesistych przeważają powieszenia, nad wodą utopienia. Sposób odebrania sobie życia zależy także od wieku osobnika. Kobiety i bardzo młodzi mężczyźni zwykle się trują, topią lub rzucają z wysokości. U mężczyzn w sile wieku przeważają postrzały, a dopiero w późniejszym wieku występują u obu płci inne sposoby. Stosunek pojedynczych sposobów odbierania życia w Krakowie przedstawia się, jak następuje:

Sposób	Męż.	Kobiety	Wojsk.	Razem
Postrzał	34	—	47	81
Otrucie	31	39	—	70
Utopienie	9	3	4	16
Powieszenie	5	1	18	24
Rzucenie się z wysok. .	6	2	—	8
Rany kłóte i cięte . .	4	—	—	4
Rzucenie się pod pociąg .	3	1	—	4
Inne	—	2	—	2

Pojedyńcze sposoby odbierania sobie życia przedstawiają się również typowo. Postrzał dokonywanym bywa u cywilnych zapomocą rewolweru i pistoletu, u wojskowych zwykle zapomocą karabinu. Co do okolicy ciała, to głównie cios wymierza się w skroń (prawą) i serce. Wyjątkowo tylko godzą samobójcy w inne okolice ciała. I tak w jednym przypadku pozbawił się życia żołnierz (1898) postrzałem w brzuch, a pewien służący (1893) — postrzałem w brzuch, a potem dopiero w serce.

Z karabinu wygodnie jest strzelić sobie pod brodę, jak to się zdarza u wojskowych (1894). Pocisk bywa zwykle pojedynczy, rzadziej wielokrotny (w r. 1893 — 37-letni mężczyzna pozbawił się życia kilkupociskowym postrzałem w serce) O wiele rzadziej stosowanym bywa postrzał pusty, rtęciowy lub wodny. Tym ostatnim odebrał sobie życie służący w Parku krakowskim, w r 1897.

Postrzału lub otrucia używają często pary samobójcze, jak to w latach 1885 i 1894 miało miejsce.

Drugim, z kolei najczęstszym sposobem jest otrucie. Trucizny używane są rozliczne, jak to z zestawienia widzimy:

Rodzaj trucizny	Męż.	Kobiety	Razem
Fosfor	3	37	40
Kwas solny	3	—	3
» azotowy	2	—	2
» siarkowy	1	—	1
» pruski (lub sinek potasu) .	3	—	3
» karbolowy	3	—	3
Strychnina	2	1	3
Morfina	2	—	2
Sublimat	2	—	2
Arszenik	—	1	1
Makowiec	2	—	2
Sole miedziowe	—	1	1
Nieznane (bez zbadania chem.) . .	3	4	7

Ogółem 70.

[1]) Roefisch. Der Selbstmord.

Do otruć zaliczamy także tak zwane otrucia mechaniczne. Dokonywane one bywają przez połknięcie ciał drobnych, lecz ostrych, np. piór, gwoździ, tłuczonego szkła itd. Dyrenfurth [1]) wspomina obecnie o samobójstwie, popełnionem przez połknięcie wielkiej ilości szpilek.

Powieszenie jest również częstym sposobem (24 na 209) odebrania sobie życia. Można go dokonać bez kosztu i zachodu; bywa też wszędzie stosowanem i to głównie u ludzi biednych. Materyałem do wieszania się bywa zwykle sznur, rzadziej pasek, chustka, szelki lub bielizna. W roku 1891, jak wspomina Wachholz [2]), powiesił się 17 letni uczeń szkół średnich na pończosze swej niedoszłej. Statystyki innych krajów wykazują olbrzymi odsetek samobójstw przez powieszenie, bo 80 — 90% w stosunku do innych. U nas tego wykazać się nie da, gdyż powieszeń było zaledwie 12% i to głównie u wojskowych.

Do gromady tej zaliczyć należy także zagardlenie (*Strangulatio*). Polega ono na zaciskaniu pętli założonej na szyję własnemi rękami, zapomocą węzła lub krępulca. Wypadek taki wydarzył się w bieżącym roku (1899), a tyczył się obłąkanego, który w tutejszym zakładzie zadusił się rękawem od koszuli.

O zupełnie analogicznym wypadku wspomina Haberda [3]), a dotyczy on umysłowo chorego z kliniki prof. Meynerta. Chory ten zadusił się kawałkiem koszuli, zwilżonej własnym moczem. Chaussier oceniał znów przypadek [4]), w którym jenerał Pichegru w celi więziennej udusił się zapomocą własnej krawatki.

Rzucenie się z wysokości w celu samobójczym dokonywanem bywa przez wyskoczenie z okna lub skoczenie z wieży, skały i t. d.; śmierć nastąpić może nieraz po drodze z innej przyczyny. Tak n. p. żona pewnego aktora wyskoczyła w roku 1892 z okna („tak nieszczęśliwie" pisały dzienniki), i spadając, nabiła się na sztachety.

Utopienie wydarzyło się w Krakowie 16 razy i to 11 razy w porze, nieodpowiedniej do kąpieli. Samobójcy rzucali się ze stromych brzegów, w kilku wypadkach z mostów.

Rany cięte i kłóte zadawane bywają zwykle nożem, rzadziej innem narzędziem. Znane są przypadki, w których samobójcy używali szydeł, gwoździ, szpilek do kapeluszy i t. d. Ran zwykle spotykamy kilka i to w różnych okolicach ciała, zazwyczaj atoli w okolicy serca.

W końcu wspomnieć musimy o samobójstwie przez rzucenie się pod nadchodzący pociąg kolejowy. Od roku 1881 wydarzyło się w Krakowie 7 takich przypadków, z tych jeden dotyczył (1898) 60 letniej damy. Samobójcy kładą na szynę zwykle głowę, która ulega strzaskaniu lub odcięciu. To są mniej więcej sposoby zwykłe.

Sporadycznie wydarzają się znowu inne, więcej oryginalne sposoby. Roetisch wspomina o samobójstwie kobiety, która wystawiła się na rozszarpanie przez niedźwiedzia w menażeryi, a Wachholz [5]) opisał samobójstwo, dokonane za pomocą naboju dynamitowego. (Dok. nast.)

[1]) Virch. Jabricht. 1899.

[2]) O samob. w Krakowie 1893.

[3]) Wachholz. Podręcznik med. sąd. 1899 str. 285.

[4]) Ibidem.

[5]) Wachholz: Zur Kasuistik der selteneren Selbstmordarten. *Zeitschrift f. Medicinalbeamte.* 1896.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. P. Ehrlich & Dr. A. Lazarus: **Die Anaemie.** (Specielle Pathologie und Therapie herausgegeben von Prof. Dr. Hermann Nothnagel VIII Band, I und II Theil 1898—1900).

I Abtheilung: *Normale und pathologische Histologie des Blutes* von Prof. Dr. P. Ehrlich und Dr. A. Lazarus.

II Abtheilung: *Klinik der Anaemieen* von Dr. A. Lazarus.

W wydawnictwie zbiorowem prof. Nothnagla z zakresu szczegółowej patologii i terapii rzecz o niedokrewności dostała się w najlepsze ręce, w jakie się tylko dostać mogła. Opracował ją twórca nowoczesnej techniki drobnowidowej krwi Paweł Ehrlich z pomocą A. Lazarusa. Część drugą, dotyczącą kliniki niedokrewności napisał już sam Lazarus, ale w ścisłym związku z częścią pierwszą i z szczególnem uwzględnieniem zapatrywań Ehrlicha.

Dzieło zaczęte przed laty dwoma, którego drugiej części niecierpliwie oczekiwano, wyszło świeżo z pod tłoczni. Ponieważ obie części ściśle się z sobą łączą i nawzajem na siebie powołują, należy je uważać za jednę całość i dlatego też teraz, gdy wyszła część druga, mimo, że już pierwsza ukazała się dawniej, zdaję z dzieła tego sprawę.

Wiadomo, że Ehrlich, o ile zrobił bardzo dużo w hematologii, —(żartobliwie nazywano go w Niemczech „Blutmann"), — o tyle niewiele pisał. Ilość prac jego jest szczupła, a i w tych nie dotknął rozmaitych zagadnień hematologicznych, w których zajmował odrębne i samoistne stanowisko. Również technika drobnowidowa, tak ściśle związana z istotą hematologii, wydoskonalona przez Ehrlicha, mało posiada prac, pochodzących od niego. Z żywem też zajęciem brało się do ręki pracę szczegółową, wyczerpującą wszystkie tajniki hematologii, a napisaną przez samego Ehrlicha. I można powiedzieć, że nie doznało się zawodu, przeciwnie praca Ehrlicha jest znakomitą pod każdym względem. Nie tylko wyczerpuje cały przedmiot w sposób prawdziwie naukowy, ale zarazem odznacza się wybornym układem i wielką przejrzystością, a tego o wielu pracach niemieckich nie można powiedzieć.

Kierunkiem przewodnim pracy Ehrlicha, który jej przyświeca z każdej stronicy, jest stanowisko kliniczne. Przez to praca ta nabiera wartości praktycznej, staje się żywotną i prawdziwie użyteczną. Jeżeli w której dziedzinie badania klinicznego, to przedewszystkiem w hematologii potrzeba przewodnika, któryby w przypadku wątpliwym udzielił rady, uchronił od wysnuwania zbyt pochopnych wniosków, sprowadził poglądy do właściwej miary. A takim przewodnikiem jest dzieło Ehrlicha pod każdym względem. Nie ma przytem suchości, tak właściwej cechy podręczników niemieckich, — przeciwnie, czyta się żywo i przyjemnie, a w wielu miejscach wprost olśniewa bogactwem myśli, rozsypanych hojną ręką. Zaznacza sprawy sporne, wymagające rozstrzygnięcia przez nowe badania, zachęca do nich, wskazując przyszłe kierunki i cele hematologii.

Wiadomo, jak ta gałęź nauki posiada piśmiennictwo obszerne, jak wiele prac często z sobą sprzecznych. Zjawisko to sprawiło nawet, że po chwili uniesienia, po pierwszych odkryciach Ehrlicha różnych rodzajów ciałek białych krwi, — nastało zniechęcenie, a nawet dały się słyszeć zdania, że z małymi wyjątkami hematologia dla kliniki nie posiada wielkiego znaczenia. Stało się to nasamprzód wskutek zwyczajnej własności ducha ludzkiego że, po odkryciu nowych zdobyczy w nauce, bardzo skoro przecenia ich wartość i znaczenie, — a powtóre — z powodu nieumiejętności badaczy. Nieumiejętność polegała albo na niedostatecznej biegłości w badaniu drobnowidowem krwi, albo też na nieuprawnionem wnioskowaniu. Do tego wszystkiego przyłą-

czyła się jeszcze niezgoda co do poglądu na pochodzenie różnych rodzajów ciałek białych krwi.

W tym całym chaosie, w tym zamęcie sprzecznych zdań, spornych wyników, czuć się od dawna dawała potrzeba przewodnika. Zadaniu temu odpowiada w zupełności dzieło Ehrlicha.

Po rozwinięciu ogólnych poglądów na istotę i pojęcie niedokrewności, opisuje Ehrlich najdokładniej technikę badania drobnowidowego krwi. Niejednokrotnie widział on, jak powiada, preparaty krwi, sporządzane przez zawodowych hematologów, preparaty zgoła nieudolne. W dalszym ciągu rozwodzi się szczegółowo o tak ważnej rzeczy, jak o barwieniu zestawionem zapomocą kilku barwików zmięszanych ze sobą, przyczem podaje nowszy skład własnego trójbarwika *(triacid)* i inne możliwe połączenia kilku barwików. Co do tego ostatniego szczegółu, to myśli Ehrlicha znalazły już oddźwięk w pracach najnowszych Ziemanna i Rosina o używaniu do barwienia ciałek krwi połączeń eozyny z błękitem metylenowym (patrz moje sprawozdanie p. n. „Z biochemii komórki“ w *Przegl. Lek.* z roku zeszłego). Kolejno zastanawia się Ehrlich nad ciałkami czerwonemi i białemi krwi. Rozważa znaczenie różnych postaci ciałek czerwonych, objawy wielobarwliwości *(polychromatophilia)* która uważa za znamię zwyrodnienia niedokrewnościowego ciałek czerwonych, ocenia występowanie i znaczenie jadrzastych ciałek czerwonych, megaloblastów, sposobu pozbywania się jądra z ciałek czerwonych jadrzastych, a przytem wszystkiem przyświeca mu wartość kliniczna poszczególnych objawów drobnowidowych. W rozdziałach, poświęconych ciałkom białym, przedewszystkiem jest ważny podział tych ciałek, podany przez Ehrlicha już przed laty, uzasadnienie jego poglądów i odparcie zarzutów przeciwników. Ważną podporę poglądów Ehrlicha znajdujemy w doświadczeniach rosyjskiego badacza prof. Kurłowa, który pod kierunkiem Ehrlicha oddawał się w jego pracowni badaniom na zwierzętach. Ponieważ praca Kurłowa jest dotąd ogłoszona tylko po rosyjsku, obszerne jej streszczenie przez Ehrlicha przynosi prawdziwy pożytek.

„Ziarniny“, występujące w ciałkach białych, tłómaczy Ehrlich w ten sposób, w przeciwieństwie do zapatrywań innych badaczy, że są to wytwory wewnętrznego śródkomórkowego wydzielania ciałek białych, a więc wytwory przemiany materyi w samych komórkach.

Obszerny rozdział poświęcił objawom zwiększonej i zmniejszonej liczby ciałek białych, czyli leukocytozie i leukopenii, objawom tak ważnym pod względem klinicznym. Objaw, odkryty na komórkach roślinnych przez botanika Pfeffera w Tybindze, tak zw. *„chemotaxis“*, przeprowadził Ehrlich w całej rozciągłości do wytłómaczenia leukocytozy wogóle, a w szczególności leukocytozy rozmaitych rodzajów ciałek białych, więc neutrofilii, eozynofilii, limfocytozy itd. W ustępach rozbierających leukocytozę z istoty rzeczy potrącić musiał Ehrlich o bardzo ważne zagadnienia, będące w związku z najnowszemi zdobyczami ogólnej patologii i tam to rozsypał wiele myśli nadzwyczaj oryginalnych. W dziale tym uwzględnił również białaczkę, czyli „mięszaną leukocytozę“, jak ją nazwać można.

Pracę Ehrlicha zakończa zestawienie piśmiennictwa, które wprawdzie nie jest zupełne (na co autor zwraca uwagę) i uwzględnia on przedewszystkiem prace nowsze, w każdym razie jednak jest to zestawienie nadzwyczaj przydatne, a obok tego znajdują się tu wiadomości, gdzie pewne działy literatury krwi są już zebrane przez innych autorów. W tak obszernym poczcie prac, jakich się doczekała nauka o krwi, ułatwienie to już znaczne.

Praca Ehrlicha, jak wspomniałem, napisana jest ze współudziałem Lazarusa, który samoistnie opracował część drugą, dotyczącą kliniki niedokrewności. W części pierwszej udział Ehrlicha w postępie badań hematologicznych zaznaczony wszędzie w trzeciej osobie: Ehrlich zrobił to, Ehrlich wskazał to, pierwszy Ehrlich wypowiedział to i to itd., co jednak nie jest żadną chełpliwością, ale oddaniem słuszności temu, który, jak mało kto, może o sobie powiedzieć, że prawie wszystko zrobił, lub zdziałane przez kogo innego wyjaśnił, w dziedzinie nauki o krwi.

Do pracy Ehrlicha dodano trzy rysunki szczegółów histologicznych w limfocytach. Innych ciałek białych, ani czerwonych w obrazkach z pod drobnowidu praca ta niezawiera; nie jest to jednak tak potrzebne, ponieważ istnieją dobrze wykonane obrazki Limbecka, Grawitza, Riedera, oraz w najnowszych krótkich przewodnikach do badania klinicznego krwi, jakie wydał Engel oraz Grawitz.

Praca Ehrlicha daje właściwie więcej, niż zapowiada, bo pod godłem niedokrewności dostarcza całokształtu hematologii klinicznej, nawet z uwzględnieniem białaczki, z jedynym tylko wyjątkiem zimnicy i jej pasorzytów, które tutaj nie znalazły pomieszczenia. Wobec tego część druga dzieła, którą już napisał sam Lazarus, jest w pewnym niestosunku do części pierwszej, zajmując się tylko samą niedokrewnością.

Jednakowoż słusznie, bo stosuje się ściśle do ram zakreślonych nadpisem dzieła: *Anaemia.* W tej drugiej części Lazarus dostroił się umiejętnie do początku dzieła. Uwzględnił o ile możności całą, nawet bardzo świeżą, literaturę, bo prace wydane w roku 1899. Wszędzie czuć wielką staranność, z jaką przysposobiono materyał, biorąc do pomocy z prac dawniejszych te, które ścisłością swą na to zasługiwały, aby je przypomnieć teraźniejszości. Do takich n. p. należy praca szwajcarskiego klinicysty Biermera, który wprowadził i określił pojęcie niedokrewności złośliwej, jako choroby *„sui generis“*, a od którego nawet postać tę chorobową nazywają w Niemczech niekiedy: „niedokrewnością Biermerowską“.

Kliniczny podział różnych postaci niedokrewności napotyka na nieprzezwyciężone przeszkody, które znów istnieją wskutek ułamkowości naszych dotychczasowych pojęć. Niedokrewność, mimo tylu badań i tylu prac, jest dotychczas niewyjaśniona. To też trudno znaleść dwa zgodne podręczniki w tym względzie, t. j. w podziale różnych niedokrewności. Najczęściej jeszcze można napotkać podział na niedokrewności pierwotne, czyli samoistne (idyopatyczne) i następowe czyli objawowe (wtórne, symptomatyczne). Podług tego podziału do pierwszych zalicza się obok bledniey, niedokrewność złośliwa, a wszystkie inne niedokrewności należą do drugiego działu. Co jednak począć z niedokrewnością bruzdogłowcową *(bothriocephalus-anaemia)*, którąby należało zaliczyć podług tego podziału do niedokrewności następowych ze względu na etyologię, kiedy znowu, biorąc na uwagę objawy kliniczne, powinna należeć do działu pierwszego, ponieważ objawami swymi nakrywa się zupełnie z pojęciem niedokrewności złośliwej? A dalej, przecież nie jest rzeczą tajną dla żadnego patologa, że niedokrewność złośliwa należy tylko dlatego dotychczas do osobnego działu, bo nie udało się jeszcze wyszukać właściwej przyczyny tej na oko odrębnej postaci niedokrewności. Tak więc przeprowadzenie podziału niedokrewności podług zasad etyologicznych nie da się jeszcze dzisiaj uskutecznić. Pozostaje tylko ukrócić na jakiś czas wymagania ściśle naukowe i tymczasowo podzielić niedokrewność najwygodniej ze stanowiska klinicznego.

Podział też ten, na którym opiera się praca Lazarusa, jest taki, że do pierwszego działu zaliczamy: I. Niedokrewność prosta z poddziałami: *A)* ostrej niedokrewności pokrwotocznej, *B)* prostej niedokrewności przewlekłej i *C)* bledniey; do drugiego zaś działu należeć będzie: II. Niedokrewność złośliwa postępowa.

Ponieważ blednica do pewnego stopnia zajmuje stanowisko odrębne, wyłączono ją z pracy Lazarusa, a poświęcił jej osobne dziełko w wydawnictwie Nothnaglowskiem — Noorden.

Niedokrewność bruzdogłowcowa włączono do działu niedokrewności złośliwej postępowej, inne zaś niedokrewno-

ści, wywołane przez czerwie, jak również niedokrewność, będącą następstwem tęgoryjca dwunastnicy, czyli „ankylostomiasis“, podług objawów znalazła pomieszczenie w poddziale *B)* działu I, to jest w prostej niedokrewności przewlekłej.

W opisie poszczególnych postaci niedokrewności uwzględnił Lazarus, jak już wspomniałem, bardzo sumiennie dotychczasową literaturę. W rozdziale o ostrej niedokrewności pokrwotocznej dołączył bardzo pouczającą krzywiznę liczby ciałek czerwonych i zawartości hemoglobiny z mało znanej pracy Laachego z Chrystyanii, dotyczącej ciężkiej ostrej niedokrewności. Tablica ta uwidocznia z pomocą barwy czerwonej krzywizn lepiej, niżby to mógł zrobić nawet najdokładniejszy opis, ów niestosunek pomiędzy wzrastaniem liczby ciałek czerwonych, a zawartością hemoglobiny po krwotoku.

„Przełom we krwi“ *(Blutkrisis)*, pojęcie wprowadzone przez Noordena, a cechujące się nagłem pojawieniem się ogromnej ilości normoblastów w krwi obwodowej, objaśnia dodana tablica w obrazie drobnowidowym krwi, wykonana w barwach. W objawach klinicznych uwzględnił autor wszystkie narządy, podając również zmiany, jakie w ostatnich czasach znaleziono w przebiegu niedokrewności w nerwowym układzie środkowym, a mianowicie badania Scagliosiego, który znalazł zmiany w ciałkach Nisslowskich w mózgu. Zdobycze chemii — może zanadto treściwie przedstawione, chyba ze względu na niezgodę w zapatrywaniach badaczy na tę stronę objawów niedokrewności. W leczeniu umieścił autor wszystkie nawet najnowsze sposoby, jak wstrzykiwania żelatyny dla uśmierzania krwotoków i dodawanie cukrzanu sodowego do wlewań solnych, polecone bardzo niedawno przez Schückinga. Leczenie żelazem, z podaniem najnowszych zapatrywań na tę dotąd sporną sprawę, przedstawił autor dosyć szczegółowo.

W rozdziale o prostej niedokrewności przewlekłej wskazał autor pokrótce na badania chemiczne składu krwi w niedokrewności, na stosunek zawartości chloru i fosforu podług prac Biernackiego i Moraczewskiego, a także na wyniki nowych badań nad parciem osmotycznem we krwi i w moczu na zasadzie badań Koranyiego.

Rozdział dotyczący złośliwej niedokrewności postępowej rozpoczyna się przytoczeniem klasycznego opisu tej choroby przez Biermera, skreślonego jeszcze w roku 1871. Znakomity ten obraz, z którego nawet dzisiaj, po latach, nic ująć nie można, dodając to, co Biermerowi wówczas nie mogło być znane przy ówczesnym stanie nauki, pokazuje, że ścisłe spostrzeżenia, dokonane przez umysł niezwykły, nie starzeją się mimo ogromnych postępów, jakie uczyniła medycyna w ostatnich czasach. Tak jak patologię komórkową Virchowa można jeszcze dzisiaj niejednokrotnie przytoczyć, tak też w mniejszym, rozumie się, zakresie można to uczynić z opisem niedokrewności złośliwej, skreślonym przez Biermera. Przy rozważaniu etyologii niedokrewności złośliwej wypowiada Lazarus zdanie, że o ile dawniej, zwłaszcza z prac klinicystów szwajcarskich, wynikało, że ciąża pozostaje w pewnym stosunku przyczynowym do niedokrewności złośliwej, o tyle w czasach ostatnich niema pod tym względem żadnych nowych spostrzeżeń. Na tej podstawie wypowiada Lazarus przypuszczenie (str. 100), że niedokrewność, spostrzegana w Szwajcaryi wskutek ciąży, a szczególniej często w kantonie Zuryskim musi mieć jakieś miejscowe przyczyny, bliżej nam nieznane, jak to się zresztą wyraził podobnie pod tym względem już dawno Gusserow w dawniejszej pracy. Do pewnego więc stopnia kwestyonuje Lazarus znaczenie samej ciąży. Zdaje mi się, że niesłusznie, nie zna bowiem najnowszych prac Grawitza i E. Neussera, którzy przypisują samej ciąży w pewnych oczywiście warunkach wywoływanie niedokrewności złośliwej. Grawitz zastanawia się nawet, czy nie działa tu może powiększona macica, która wypychając jelita, wywołuje zaburzenia w trawieniu, polegające już to na upośledzeniu chłonienia, już to na wchłanianiu istot trujących z jelit (patrz *Berlin. klinische Wochenschrift,* 1898, Nr. 32, str. 706). Podobnie jeden z trzech przypadków niedokrewności złośliwej, ogłoszonych przez E. Neussera (patrz *Wiener klin. Wochenschrift,* 1899, Nr. 15, str. 393) jest w związku z ciążą, co nawet tłómaczy Neusser w sposób bystry podobieństwem do niedokrewności złośliwej z powodu bruzdogłowca. Obie te prace Lazarusowi nie były znane, nie wypowiedziałby bowiem po nich zdania, że związek pomiędzy ciążą a niedokrewnością złośliwą jest bardzo wątpliwy.

Od dawna była dążność, aby wyszukać w niedokrewności złośliwej pewne swoiste zmiany we krwi, znamienne tylko dla tej postaci chorobowej; ostatecznie uznano, że swoistą cechą niedokrewności złośliwej są megaloblasty i megalocyty, twory rzekomo niespotykane w innych postaciach niedokrewności. Na tem stanowisku stoi Ehrlich, na tem też trwa Lazarus z całą stanowczością, broniąc zdania mistrza. Wątpię, czy stanowisko to jest słuszne, a swoistość megaloblastów dla niedokrewności złośliwej upadnie w miarę rozjaśniania się naszych wiadomości o ciężkich niedokrewnościach. W tym razie powołać się mogę na ogłoszony przezemnie przypadek niedokrewności pokrwotocznej (patrz *Pamiętnik jubileuszowy prof. dra Korczyńskiego*), w którym znalazłem liczne te niby swoiste dla niedokrewności złośliwej twory megalocytów i megaloblastów. Tak więc swoistość niedokrewności złośliwej upaść musi, pozostanie tylko pojęcie kliniczne, w które dla wygody włożyć można tę postać niedokrewności.

W rozważaniu przebiegu niedokrewności złośliwej i rokowania w tej chorobie bardzo słusznie czyni uwagę Lazarus, że choć często można czytać o przypadkach uleczonych, to jednak są to tylko chwilowe polepszenia. Zazwyczaj po jakimś czasie chory zgłasza się ponownie do tego samego zakładu leczniczego, lub do innego i ostatecznie ulega chorobie. Brak wiadomości o dalszych losach chorego nie uprawnia do uważania pewnego przypadku za uleczony.

Cenną pracę Lazarusa kończy, podobnie jak i pracę Ehrlicha, zestawienie piśmiennictwa dotyczącego kliniki niedokrewności, t. j. prac nowszych i ważniejszych.

Prócz tego dodano dwie starannie i wiernie wykonane tablice barwne z obrazkami drobnowidowymi krwi w różnych postaciach niedokrewności, rysowanymi z pod imerzyi przez Paulę Guenther.

Całość zaleca się, jak wszystkie prace w wydawnictwie Nothnaglowskiem, starannością druku i porządnym papierem. *Dr. St. Eliasz-Radzikowski.*

IV. Wyciągi.

Prof. Weichselbaum, Albrecht i Ghon: **O morze (dżumie).** *(Wiener klinische Wochenschrift,* 1899, Nr. 50). Praca W. A. i G. obejmuje zestawienie wyników badań wyprawy austryackiej, wysłanej do Indyj w r. 1897 przez wiedeńską Akademię Umiejętności, oraz dalszych badań, dokonanych zapomocą 700 doświadczeń na zwierzętach, wykonanych w wiedeńskim zakładzie patologicznej anatomii. We wstępie do pracy autorowie słusznie krytykują bezwzględne postąpienie władz po wybuchu dżumy pracownianej w Wiedniu, zakazujące wszelkich badań tej choroby, zamiast którego wystarczyłyby stósowne przepisy, wydane niestety znacznie później, kiedy już hodowle dżumy uległy przymusowemu zniszczeniu. A przecież pojawienie się dżumy w Oporto i jeden przypadek w Tryeście dowiodły słuszności zdania, że dżuma powinna być dalej jak najdokładniej badaną, bo wkrótce możemy się z nią w Europie zbliska zapoznać.

Badania wiedeńskie doprowadziły w kilku punktach do wyników odmiennych od badań wyprawy niemieckiej, zebranych na konferencyi, która się w sprawie moru odbyła przed kilku miesiącami w Berlinie. Mór u ludzi wy-

stępuje albo w postaci choroby miejscowej z ogólnem zatruciem jadami, wydzielanymi przez drobnoustroje morowe, albo też doprowadza do zakażenia ogólnego. Rozróżnić można dwie główne postacie moru, to jest dymieniczą i płucną, Oprócz tego można mówić jeszcze, jako o poniekąd odrębnej postaci, o charłactwie morowem, wywołanem przez dłużej trwające działanie jadów prątka morowego na ustrój. Natomiast błędnem jest rozróżniać, jako odrębną postać, „krosty pomorowe“, jak to czyni wyprawa niemiecka. Rownież zdaje się nie istnieje postać żołądkowo-jelitowa; przynajmniej u człowieka nie stwierdziła wyprawa austryacka ani jednego przypadku zakażenia tą drogą. Przypadki pomoru, zakończone śmiercią, przedstawiają przy sekcyi obraz posocznicy krwotocznej lub też ropnicy z licznemi dymienicami. Powstawanie wybroczyn w pierwszym przypadku nie jest, zdaniem autorów, wynikiem działania samych tylko jadów pomorowych, jak to twierdzi wyprawa niemiecka, ale skutkiem bezpośredniego zadziałania samychże prątków, usadawiających się w miejscu wybroczyny. Prawie w każdym przypadku można wykazać pierwotne ognisko w jakimś gruczole lub gromadzie gruczołów chłonnych. Pierwotna dymienica sadowi się najczęściej w pachwinie, rzadziej w pasze, jeszcze rzadziej na szyi, w grudkach limfatycznych migdałków lub innych części gardła. Niekiedy tylko nie wytwarza się wcale pierwotna dymienica, mianowicie w przypadkach, przebiegających bardzo szybko i kończących się śmiercią, zanim jeszcze przyszło do powstania dymienicy. Obecność pierwotnej dymienicy dowodzi, że zakażenie nastąpiło od strony skóry lub błon śluzowych (np. ust, gardła, — w przypadkach dymienic migdałków). Obraz anatomiczny dżumy znamionuje się oprócz dymienic obecnością licznych wybroczyn i obrzękiem śledziony; w ropnicowatej odmianie dżumy spotyka się nadto ogniska przerzutowe w narządach wewnętrznych (wątroba, nerki, śledziona, płuca) i mięśniach. Dymienice wtórne, niekiedy się wytwarzające w grudkach limfatycznych błony śluzowej gardła mogą rozpadłszy się stanowić wrota do zakażenia wtórnego drobnoustrojami ropnymi. Zakażenie ogólne następuje najczęściej z dymienic pierwotnych, jednakże nie jest bezwzględnie śmiertelne, gdyż spostrzegano przypadki wyzdrowienia, chociaż we krwi krążyły już prątki dżumowe. Płucna postać dżumy może występować albo jako pierwotne dżumowe zapalenie płuc, albo też jako sprawa wtórna, bądź przerzutowa, bądź też zakrztuśna (przez wdychanie rozpadłej miazgi, wydostającej się z dymienic gardła). Wrotami zakażenia mogą być oprócz skóry i błon śluzowych gardła, ust i nosa, także błona śluzowa tchawicy i oskrzeli, a wreszcie i sama tkanka płucna. Zakażenie przez skórę może, według badań W. A. i G., nastąpić nawet wówczas, jeżeli skóra jest nieuszkodzoną, a to przez w t a r c i e prątków.

Plwociny chorych zawierają prątki dżumowe nietylko w formie płucnej, ale także nieraz w formie dymieniczej dżumy; szczegół to ze względów sanitarnych bardzo ważny. Ponieważ rozpoznanie dżumy, zwłaszcza przy wybuchu, przy rozeznawaniu pierwszych jej przypadków, jako też w formie płucnej opiera się przedewszystkiem na badaniu bakteryologicznem, przeto koniecznem jest, aby wiadomość głównych przynajmniej cech bakteryologicznych stała się własnością ogółu lekarzy, i aby wcześnie pomyślano o wykształceniu dostatecznej liczby bakteryologów, dokładnie ze sprawą dżumy obeznanych. Prątek dżumy posiada najczęściej postać owalną, rzadziej spotyka się wyraźne prątki, niekiedy zaś przybiera on wejrzenie ziarenkowców. Barwi się prątek dżumy przedewszystkiem na obu biegunach, niekiedy jednak i w całości. Sposobem Grama odbarwia się. Przy stósownem barwieniu można wykazać otoczki. Hodowle prątka dżumy udają się wprawdzie na wszystkich używanych zwykle podłożach, najlepiej jednak rośnie on na pożywkach, oddziałujących obojętnie lub słabo zasadowo; nie rośnie poniżej 5 i powyżej 43·5°, jednakże nawet po godzinnem ogrzaniu do 60° nie zawsze obumiera. Ginie napewno po godzinnem ogrzaniu do 70° C.

Próba wyhodowania prątka dżumy nie jest jeszcze ostatecznym probierzem rozpoznawczym, ponieważ zdarza się, że hodowla się nie powiedzie, a mimo to szczepienia na zwierzętach wydadzą wyniki dodatnie. Do szczepienia nadają się szczury, myszy, koty, małpy i świnki morskie. Autorowie polecają do doświadczeń szczególnie te ostatnie. Zakażenie u zwierząt pozostaje albo miejscowe, albo może się uogólnić; w tym drugim przypadku można zawsze wykazać pierwotną dymienicę w okolicy zaszczepionej. Stwierdzono, że zropiała pierwotna dymienica może nawet w przypadku wyzdrowienia przez dłuższy czas być źródłem, z którego na zewnątrz obficie wydostają się prątki dżumowe. Szczegół ten rzuca światło na te wybuchy dżumy u ludzi, przed którymi nie zauważono dżumy u szczurów; w rzeczywistości w razach tych zaraza szerzyła się prawdopodobnie naprzód wśród szczurów, ale w formie łagodnej, nie sprowadzając znaczniejszej ich śmiertelności, niemniej jednak stanowiła źródło zarazy u ludzi. Jadowitość prątka dżumy bywa bardzo rozmaita i daje się sztucznie wzmacniać lub osłabiać. W przesączu hodowli bulionowych można wykazać obecność swoistego jadu (toksyny). Rozpoznanie dżumy jest w początkach epidemii niełatwe, klinicznie nieraz niemożebne; stanowczo rozstrzyga wszelkie wątpliwości badanie bakteryologiczne, do którego użyć należy ropy, uzyskanej przez nakłócie dymienic, dalej plwocin, krwi lub wreszcie moczu; cennych wskazówek dostarczyć może rozbiór zwłok lub przynajmniej dokładne badanie anatomiczne dymienic, wreszcie badanie współcześnie padłych myszy, szczurów lub kotów. Jeżeli badanie drobnowidowe nie daje pewnych danych, należy uciec się do wyników hodowli i doświadczeń na świnkach morskich [1]). Pracę zamyka opis przypadku dżumy, który przydarzył się niedawno w Tryeście; majtek, do którego przypadek ten się odnosi, wysiadłszy z okrętu zasięgał porady lekarskiej i jeszcze raz powrócił na okręt, zanim w końcu oddano go do szpitala zakaźnego i to nie z rozpoznaniem dżumy, lecz z przypuszczeniem duru osutkowego. Dopiero później przekonano się, że chory ten dotknięty był w rzeczywistości ropnicowatą postacią dżumy, aczkolwiek pierwotnej dymienicy do końca wykazać nie zdołano; wykrycie dżumy zawdzięcza się w tym przypadku wyłącznie tylko badaniu bakteryologicznemu [2]).

Ciechanowski.

D r. K r a u s. **Kurczowe zaparcie stolca i jego leczenie.** (*Wiener med. Presse*, 1899. Nr. 50). Autor, omawiając patogenezę zwiotczenia (atonii) kiszek, twierdzi, że kurczowe zaparcie stolca wytwarza się tylko u osobników ściśle neuropatycznych. Wymieniając zaś objawy tego cierpienia, podnosi, że przedewszystkiem uwaga takich chorych skierowaną jest ustawicznie na przewód pokarmowy; dalej skarżą się na różne dziwne odczucia w jamie brzusznej, a szczególnie w okolicy jelita grubego, lub też na rzeczywistą bolesność. Badanie zaś przedmiotowe bardzo często wykazuje jelito wstępujące, a najczęściej zstępujące, jako silnie skurczony postronek; powyżej i poniżej skurczonych odcinków znaleźć można części jelita, gazami wydęte, lub też nie rzadko wybadać można opadnięcie jelit (enteroptosis). Uzupełniwszy ten obraz kurczowo ściśniętym zwieraczem, co się stwierdza przy badaniu palcem *per anum*, oraz grudki „małokalibrowego“ kału, — będziemy mieli dokładny obraz kurczowego zaparcia stolca.

Jak z jednej strony cechą zwykłego zwiotczenia kiszek jest niedostateczny ruch robaczkowy jelit, tak przeciwnie, kurczowe zaparcie stolca ma swoją przyczynę w tężcowym prawie skurczu ścian jelitowych, któryby można porównać z tężcem ciężarnej macicy. Jeśli więc się bierze

---

[1]) Autorowie zalecają wcierać materyał badany świnkom w ogoloną skórę, co jest wiele bezpieczniejsze, niż używane powszechnie szczepienia na błonę śluzową nosa, lub nawet pod skórę szczurom.

[2]) Na leczenie surowicą zapatrują się autorowie, podobnie jak wyprawa niemiecka, dość sceptycznie. Zgoła przeciwnie wyrażają się o znakomitem działaniu surowicy w najnowszej pracy C a l m e t t e i S a l i m b e n i (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1899. Nr. 12), wyjaśniając zarazem skąd pochodzi niesłuszny sceptycyzm W. G. i A.

nieprawidłowe unerwienie, jako przyczynę takiego stanu jelit, wówczas jasną już jest rzeczą, dlaczego bodźce zewnętrzne i wewnętrzne, działające na kiszki, nie tylko, że nie wywołują posuwistego ruchu robaczkowego jelit, lecz stan ich staje się kurczowy. Również i Leube jest tego zdania, a Trousseau i O. Rosenbach stósowali w takich przypadkach tylko wilczą jagodę i makowiec. I autor, przyjmując to cierpienie, jako będące przyrody czysto nerwowej, twierdzi, że przy leczeniu nie tylko wstrzymać się należy od wszelkich środków czyszczących, lub drażniących przewód pokarmowy, lecz przeciwnie, stósować należy leczenie dyetetyczno-higieniczne, w ostateczności zaś, z przetworów aptecznych, brom, a nadewszystko starać się odwrócić uwagę chorego od tego cierpienia. Szczególniejszy zaś nacisk kładzie autor na zabiegi wodolecznicze i to tylko ciepłe (półkąpiele, okłady ciepłe na brzuch kilka razy dziennie, gorące zawijanie, opaska), następnie lawatywy ciepłe z mięty lub oliwy (400—500) pod niskiem parciem; z mięsienia zaś powłok brzusznych i jelit nie wiele spodziewać się należy. *Dr. Henryk Pisek.*

Anton Prof. D. G. (w Gradcu). **Obustronne schorzenie okolicy ciemieniowej mózgu.** *(Wiener klin. Wochenschrift*, 1899. Nr. 48). Pewne części mózgu mogą już w stosunkach fizyologicznych okazywać przerost u różnych osobników i w różnych rasach ludzkich. Największym zmianom u różnych osobników podlegają płaty czołowe i tylna okolica ciemieniowa. Uszkodzenie jednej strony w tych okolicach wyrównywa druga odpowiednia strona, dlatego obrażenia jednostronne w tych miejscach, szczególniej po stronie prawej, nie pociągają za sobą trwałych objawów ogniskowych i dlatego też te okolice mózgu nazywają się „niememi częściami mózgu“. Większość badaczy przypisuje tym właśnie okolicom wyższe czynności psychiczne, a Flechsig nadał im nazwę wielkich przednich (płaty czołowe) i tylnych (okolice ciemieniowe) ośrodków kojarzenia.

Rüdinger poparł to zdanie dowodami pewnymi, ponieważ te właśnie okolice mózgu były silnie rozwinięte w wielu przypadkach u ludzi, obdarzonych wielką inteligencyą. W tej też to okolicy rozwój mózgu jest powolniejszy, bo dopiero w 4 i 5 miesiącu życia dziecka powstaje osłonka rdzenna. W razie uszkodzenia okolicy ciemieniowej mózgu występują pod względem klinicznym następujące objawy: *a)* zatrata czucia mięśniowego po stronie przeciwnej. Objaw ten łączy się często z porażeniem, ponieważ występuje jednocześnie z obrażeniem zakrętów środkowych; *b)* połowicza ślepota po stronie przeciwnej; *c)* wobec ognisk po stronie lewej: aleksya (niepojętność głosek), afazya czysta i optyczna; *d)* zaburzenia psychiczne; *e)* zmiany w ruchach mięśni gałek ocznych. Po tem zestawieniu ogólnem przechodzi autor do własnego przypadku, w którym było obrażenie obustronne mózgu przez rozrost nowotworu.

Młody człowiek (27 lat), wyrobnik, przed dwoma laty miał wysypkę, z powodu której był leczony w szpitalu wcieraniami szaruchy, choć wogóle zaprzecza, aby przebywał kiłę. Obecnie zgłosił się z powodu szalonych bolów głowy.

W szpitalu wystąpiły osłabienie i bóle w nogach, zawrót głowy przy chodzeniu. Chory nie widzi dobrze, w ostatnich czasach wyłysiał i trudno mówi, „jakby mu coś w gardle zawadzało“. Przy badaniu uderza znużenie całego ciała, chory leży bez ruchu na łóżku, gdy mówi, nie używa przy tem żadnej mimiki. Oczy nieruchome, t. j. chory nie posługuje się niemi, nie nastawia na przedmioty. Upośledzenie znaczne wzroku (lewe oko = liczy palce na 0·5 m., prawe = 1 dm.), dno oka prawidłowe. Po 12 dniach zażywania KJ. pewna poprawa. Po miesiącu napad bezprzytomności z kurczami tężcowo-drgawkowymi w lewem ramieniu. Następnie ogólne kurcze a głowa skręca się na prawo. Po drugim miesiącu chory stracił powoli zmysł oryentacyjny. Przedmioty za dalekie chce chwytać ręką, wogóle nie może się zoryentować, chyba przy pomocy macania, jak ślepy, choć widzi przedmioty. Nie może wrócić sam do łóżka, musi go towarzysz prowadzić. Mimo to wie, gdzie się znajduje, że jest chory, nawet nauczył się, w czasie pobytu w szpitalu, po niemiecku (był słowieńcem z Cylei).

Twarz bez wyrazu, jak maska (dodana fotografia potwierdza opis). Czaszka przy opukiwaniu bolesna, zwłaszcza w okolicy ciemieniowej. Stan coraz gorszy. Znajdują go nieraz w nocy śpiącego z otwartemi oczami. Czucie dotyku bez zmian większych.

Po upływie dalszego miesiaca brak choremu wyrazów na oznaczenie przedmiotów, nawet w mowie ojczystej, zwłaszcza brak rzeczowników i imion własnych. Stracił zupełnie poczucie prawej i lewej strony. Czasami nie może zrozumieć, co się doń mówi.

Niebawem zejście śmiertelne z powodu ropnego zapalenia oskrzeli.

Przy rozbiorze zwłok znaleziono nowotwór po obu stronach w istocie rdzennej obu okolic ciemieniowych, dochodzący aż do kory, w środku rozmiękły, którego badanie wykazało spornìak *(neuroglioma)*.

Autor rozbiera następnie poszczególne objawy w związku z zajętemi przez nowotwór częściami mózgu.

Dr. St. Eljasz-Radzikowski.

R. Cestan i L. Sourd: **Babińskiego odruch paluchowy.** (*Gazette des hôpitaux*, Nr. 133, 1899). Autorowie badali na 300 chorych zachowanie się odruchu paluchowego w rozmaitych chorobach układu nerwowego. Odruch ten, wykryty przez Babińskiego (p. *Przegląd lekarski*. Nr. 28 i 29, 1898) polega na ruchu wyprostnym palców stopy kończyny porażonej i jest zjawiskiem patognostycznem zajęcia dróg piramidalnych. Szereg autorów potwierdził znaczenie rozpoznawcze tego odruchu, a tylko Schüler, M. Cohn i Giudiceandrea znajdowali go i u zdrowych. Autorowie wykazują, iż ta sprzeczność może polegać na błędzie badania i oceniania tego odruchu i podają następujący sposób postępowania: kończyna ma być zupełnie zwolnioną, a chory nie powinien nic wiedzieć o mającem nastąpić badaniu; następnie końcem ostrym igły lub szpilki pociera się zwolna brzeg zewnętrzny stopy coraz silniej, aż do pojawienia się odruchu. W stosunkach prawidłowych palce zegną się ku podeszwie, w przypadkach chorobowych wykonają ruch wyprostny ku grzbietowi stopy, a w szczególności palec wielki.

Odruch ten badali autorowie u całego szeregu chorych, przedstawiających zmiany w drogach piramidalnych i u chorych, dotkniętych chorobami innych narządów lub tego rodzaju schorzeniem układu nerwowego, w którem drogi piramidalne były wolne. Na podstawie tych badań przychodzą do następujących wniosków. Odruch paluchowy jest zjawiskiem chorobowem i nie znachodzi się u ludzi zdrowych. Znamionuje on zajęcie dróg piramidalnych, lecz brak jego nie wyklucza schorzenia tych dróg. W porażeniach organicznych objaw Babińskiego jest niezmiernie częstym i pozwala odróżnić porażenie organiczne od porażenia histerycznego, gdyż nigdy nie zjawia się w porażeniu na tle czysto histerycznem. W świeżych porażeniach organicznych występuje on bardzo wcześnie, gdy jeszcze odruchy ścięgniste są prawidłowe lub zmniejszone i dlatego ma wielkie znaczenie rozpoznawcze. W porażeniach spastycznych pochodzenia rdzeniowego jest nadzwyczaj częstym i ma większe znaczenie rozpoznawcze, niż drżenie spastyczne, ponieważ drżenie to może się pojawić nawet w chorobach stawów. Nakoniec w niektórych chorobach rdzeniowych, jak wiąd rdzenia, choroba Friedreicha itp., odruch paluchowy Babińskiego może być jedynym objawem, który pozwala rozpoznać zajęcie dróg piramidalnych.

Dr. Józef Latkowski.

Prof. Dr. Leo. **Zapalenie jądra, jako powikłanie zapalenia gruczołu przyusznego** *(mumps)* **u dziecka.** *(Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1899. B. L. H. 4.) Gdy z osób dorosłych prawie 25—30% chorych na epidemiczne zapalenie gruczołu przyusznego *(mumps)* zapada na zapalenie jądra, to u dzieci, u których to zapalenie gr. przyusznego o wiele jest częstsze, jądra nie ulegają zapaleniu. Henoch i Ba-

giński powikłania tego nie spostrzegali. Prof. Dr. Leo obserwował na poliklinice w Bonn 14-letniego chłopca, chorego na zapalenie gruczołu przyusznego, u którego w 10 dniu wystąpiło zapalenie jądra, jako powikłanie pierwotnego cierpienia. Przyczyny tej różnicy w częstości występowania tego powikłania dopatruje autor wspólnie z Soltmanem w pewnej różnicy chemicznej tkanki jąder, względnie ich soków. W jądrach dorosłych znajduje jad zapalenia gruczołu przyusznego nader korzystną pożywkę, przeciwnie rzecz się ma u dzieci, a nawet i u starców, zapadających wedle spostrzegania Laghi nader rzadko na zapalenie jąder w przebiegu zapalenia gruczołu przyusznego.

Dr. Bolesław Komorowski.

v. Brackel. **Przypadek pojedynczego torbiela nerki.** (*Samml. klin. Vortr. N. F.* Nr. 250). W przypadku tym chodziło o 18 letniego młodzieńca, u którego guz wielkości jaja gęsiego, macalny pod lewem podżebrzem, nagle po 3 letniem istnieniu począł się powiększać i to wśród bólów. Guz dosięgał rozmiarów głowy mężczyzny, był gładki, okrągły i mało ruchomy. Podczas operacyi wykonanej przez Zoege v. Manteuffla przekonano się, że guz ten usadowionym był poza jamą otrzewnej i wyrastał z dolnego bieguna lewej nerki. Po uwolnienieniu guza od podłoża, wycięto jego nasadę w zdrowej tkance nerki cięciem klinowem, poczem nerkę zaszyto i umocowano ją do mięśnia lędźwiowego czworobocznego. Po krótkim czasie chory wyzdrowiał. Podobnych przypadków, opisanych w literaturze, znalazł autor 21, a z tych 14 dotyczy kobiet.

Są to prawdopodobnie t. z. cysty retencyjne.

Herman.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Protargol, używany dotychczas prawie wyłącznie w nieżytach błon śluzowych, stosuje Floret (*D. m. Woch.* 1899. 40) w postaci 5—10% maści na rany różnego rodzaju, szczególnie powierzchowne w skórze, jak w oparzeniach, czyrakach, wypryskach ze zdarciem przyskórka, półpaścu, liszajach i gruźlicy skóry, wreszcie nawet w wrzodach podudzia. Dla korzystniejszych własności tego przetworu nad innymi środkami srebrowymi podawał go Ruhemann (*D. m. Wch.* 1899. 40) wewnętrznie. W chorobach żołądka (rak, wrzód okrągły) pigułki, zawierające 0,1 grm. protargolu, podawane do 6 na dzień, zmniejszały wymioty i napady bólu lub krwotok. W razie krwotoku dawka dochodziła do 0,5 grm. parę razy dziennie. W rzeżączkowych zapaleniach stawów i objawach ze strony serca protargol w tej postaci dawał bardzo dobre wyniki, usuwając bóle i działając zarazem na oczyszczanie się moczu. Wreszcie zmniejszanie się nasilenia choroby po tym środku przy uwiądzie rdzenia zachęca do dalszych prób. W końcu jednak dodaje R. uwagę, że w jednym przypadku z tych ostatnich, w którym podano przeszło 100 grm. protargolu, pojawiły się objawy srebrzycy skóry i błon śluz., coby dowodziło, że przetwór ten rozkłada się na białkan srebrowy. *F, K.*

Znaczenie środków utleniających w dermatologii jest wybitne, bo potrzeba ich dla rozmiękczenia skóry i rozjaśnienia warstwy rogowej lub odbarwień. Najważniejsze więc ich zadanie ma miejsce we wszystkich sprawach chorobowych, połączonych z przerostem warstwy rogowej przyskórka. Dlatego podaje Unna mydło z dwutlenkiem sodu (Na_2O_2) w zgrubieniach przyskórka na twarzy i następowych zaskórnikach (*comedo*), co tak często widzieć się daje w przypadkach trądzika. Mydło, zawierające 2—20% tego środka, rozciera się i rozmydla na skórze twarzy raz lub kilka razy dziennie, zmywając go za chwilę, pozostawianie bowiem piany mydlanej nie miałoby naturalnie w tym razie znaczenia. Dobre wyniki otrzymywał autor przy dłuższem i energiczniejszem stosowaniu tego mydła także w leczeniu blizn po trądziku i w trądziku samym (*acne rosacea*). (*Mon. f. prakt. Derm.*, T. 29, 4). *F. K.*

Isaac leczył wrzody weneryczne, posypując je Itrolem (*arg. citricum*), z bardzo dobrym skutkiem, gdyż szybko następowało oczyszczenie dna wrzodu i pokrycie go zdrową ziarniną. Własność itrolu trudnego rozpuszczania się jest przyczyną, że rozsypany na ranę wywiera czas dłuższy swe działanie przeciwpasorzytnicze. Actol (*arg. lactic.*) posiada własności itrolu, rozkłada się jednak łatwo na świetle, przez co do użycia się nie nadaje. (*Zt. f. pr. Aertz.* 1899, 8). *F. K.*

Ogłoszenia o Airolu mnożą się w literaturze coraz więcej. Marense (*Reichs. Med. Anz.* 1899. 15) zachwala go w użyciu na rany różnego rodzaju, gdyż nie drażni i jest bezwonny. W chorobach wenerycznych stosuje go na wrzody miękkie i twarde, jako też w postaci 10% zawiesiny (gliceryna i woda *aa*) w rzeżączce. Szczególnie pomyślne działanie widać we wrzodach podudzia. W podobny sposób wyraża się także Andriani (*Gaz. intern. d. med. pract.* 1899. 6), podnosząc tę jego własność, że używać go można we wrzodach na skórze, pokrytej wypryskiem. *F. K.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe z dnia 29 grudnia 1899 roku.

Przewodniczący: kol. A. Gluziński, członków obecnych 44.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Kol. Krzyszkowski przedstawił i omówił przypadek nanosomii. Przedstawiony karzeł ma lat 18 i 9 miesięcy, wzrost jego sięga 1 m. 11 ctm., ciężar ciała wynosi 15 klg. Z wywiadów wiadomo, że rodzice jego są normalnie zbudowani. Budowa jego ciała prawidłowa, proporcya pojedynczych części ciała zachowana. Obwód czaszki wynosi 39 ctm. Osobnik ten przedstawiony był pierwszy raz przez Virchowa w 12 r. życia, wtedy wzrost jego wynosił 92 ctm., obwód czaszki 37 ctm. Inteligencya jego obraca się w dość ciasnej sferze pewnych odpowiedzi, które na zadane pytania często powtarza.

Nad demonstracyą tą poczynili kilka uwag koll. Beck i Mars.

3. Dyskusya nad wykładem kol. Feuersteina: O skrzyżowanym objawie kulszowym.

Kol. Bārącz sądzi, że skrzyżowany objaw kulszowy ma nie tylko rozpoznawcze znaczenie, ale może dać pewne wskazówki terapeutyczne. Napinanie się i pociąganie worka oponowego strony przeciwnej przy wyprostowaniu kończyny dowodzi, że worek oponowy jest w ścisłem połączeniu z nerwem. Wskazane są zatem badania anatomiczne przy rwie kulszowej. Możliwem też jest, że zmiany anatomiczne umiejscawiają się w sąsiedztwie worka oponowego i że w niektórych przypadkach zabiegi operacyjne, skierowane na sąsiedztwo tego worka (zwolnienie zrostów nieprawidłowych z sąsiedztwem bez otwierania worka) dałyby dobre wyniki; należałoby pod tym względem przedsiębrać próby. (*Autoreferat*).

Kol. Gluziński zaznacza, że od czasu, kiedy mu prelegent objaw ten przed 2 laty pokazywał, zwracał na niego uwagę; nie może jednak sobie wyrobić zdania stanowczego. Tłómaczenie objawu, podane przez kol. F., nie przemawia mu do przekonania, pozwoliłby sobie zaś tłómaczyć go w ten sposób, że przy naciąganiu wchodzą w grę pewne mięśnie, które są zajęte i te grają pewną rolę.

Kol. Feuerstein odpowiada, że co do częstości objawu, to mimo, że zapatrywał się na rzecz ściśle krytycznie, stwierdzić ją musi. Zauważa jednak, że badać trzeba b. starannie i że niekiedy objawy występują b. słabo. Materyał jego wynosi około 80%. Zwraca uwagę i na to, że odniósł wrażenie, iż objaw ten występuje czasem dopiero w ciągu choroby. Co zaś do tłómaczenia objawu, to musi jeszcze raz to podnieść, że opiera się ono na podstawie anatomicznej.

4. Do komisyi matki, mającej się zająć przygotowaniem wyboru zarządu Sekcyi na rok 1900 wybrani zostali koledzy: Bylicki, Fechter, Festenburg, Feuerstein, Gluziński A., Krzyszkowski, Mars, Merunowicz, Papée, Pisek, Sołowij, Świątkiewicz, Uhma, Wechsler i Zgórski.

Dr. Papée, sekretarz.

Tow. lek. lwowskie odbyło posiedzenie administracyjne w d. 12 stycznia b. r., na którem dokonano wyboru zarządu na rok 1900. Wybrani zostali: prezesem kol. Feliks Sielski, wiceprezesem kol. Adolf Beck, sekretarzem kol. Józef Krzyszkowski, gospodarzem kol. Edward Festenburg, bibliotekarzem kol. Klemens Dębicki. Członkami biura: koll. Roman Rencki, Adam Sołowij i Teofil Stachiewicz. Delegatami na walne Zgromadzenie

Tow. lek. galicyj. koll. Adolf Beck, Henryk Kadyi, Paweł Kuczera, Jan Papée, Feliks Sielski, Emil Wechsler i Grzegórz Ziembicki. Zastępcami: koll. Teod. Bałłaban, Edmund Kowalski i Piotr Kucharski.

Dr. Papée, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 30 grudnia, 1899 r.

Przewodniczy kol. prezes prof. Pieniążek. — Członków obecnych 70.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Koll. Leona Glińskiego i Leona Fürbecka przyjęto na członków.

Następnie przystąpiono do wyboru urzędników Towarzystwa na rok przyszły. Kol. prof. Jakubowski odczytał listę kandydatów, poleconych przez Komisyę przedwyborczą, której był przewodniczącym.

Przy pierwszem głosowaniu na prezesa padła równa liczba głosów na prof. Jordana i prof. Zarewicza. Przy następnych głosowaniach wybrani zostali kandydaci Komisyi przedwyborczej, mianowicie: prezesem prof. Henryk Jordan, wiceprezesem prof. Leon Wachholz, sekretarzem stałym kol. Doc. Rutkowski Maksymilian, dorocznym kol. Droba Stanisław, bibliotekarzem kol. Gliński Leon, redaktorem kol. Kwaśnicki August. Członkami Komisyi redakcyjnej wybrano: prof. Jaworskiego Walerego, doc. Raczyńskiego Jana, prof. Rosnera Aleksandra i doc. Kryńskiego Leona. Delegatami do Towarzystwa lekarzy galicyjskich zostali nadal proff.: Gluziński Ant. i Mars Ant., członkami Komisyi kontrolującej kol. doc. Łepkowski Wincenty i kol. Mączka Tomasz.

Dr. Ksawery Lewkowicz, sekretarz doroczny.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Komitet gospodarczy IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich uchwalił następujący ogólny program Zjazdu:

W piątek, 20 lipca 1900 r. wieczorem: zebranie i powitanie przybyłych uczestników. W sobotę, 21 lipca, o 8 rano nabożeństwo, o 10 rano otwarcie Zjazdu i I posiedzenie ogólne, na którem wygłoszą wykłady: Prof. Nencki z Petersburga i prof. Baranowski z Warszawy. Treścią wykładu prof. Baranowskiego będzie: „Walka z gruźlicą, jako zadanie społeczno-narodowe“. O 1 w południe otwarcie Wystawy przyrodniczo-lekarskiej; o 4 popołudniu posiedzenia sekcyjne; wieczorem przyjęcie uczestników przez Komitet gospodarczy. W niedzielę, 22 lipca, rano zwiedzanie miasta i zakładów naukowych przyrodniczo-lekarskich i technicznych; popołudniu wycieczka w okolice Krakowa. W poniedziałek, 23 lipca, od 7—9 rano zwiedzanie miasta i jego zakładów; o 9 rano posiedzenie zbiorowe w sprawie gruźlicy i jej zwalczania; o 4 popołudniu posiedzenia sekcyjne; o 6 wieczorem zwiedzanie parku prof. Jordana. We wtorek, 24 lipca, od 7—9 rano zwiedzanie miasta, o 9 rano posiedzenia sekcyjne; o 4 popołudniu II posiedzenie ogólne z wykładem prof. Hoyera z Warszawy i zamknięcie Zjazdu. We środę, 25 lipca, wyjazd na wycieczkę do zdrojowisk krajowych i ewentualna wycieczka do Wieliczki.

Prace naukowe Zjazdu odbywać się będą współcześnie w 23 sekcyach, a mianowicie dotąd utworzono następujące sekcye naukowe: 1) matematyczno-fizyczna, 2) chemiczna, 3) mineralogiczna, geologii i geografii fizycznej, 4) zoologii i anatomii porównawczej, 5) botaniczna, 6) przyrodniczo-rolnicza, 7) techniczna (mechanika, budownictwo, inżynierya i technologia chemiczna), 8) fotografii, zastósowanej do celów naukowych, 9) farmaceutyczna, 10) psychologiczna, 11) anatomiczno-fizyologiczna (anatomia, fizyologia, embryologia, histologia, chemia fizyologiczna, antropologia), 12) patologiczna (anatomia patolog., patologia ogólna, bakteryologia lekarska), 13) medycyny wewnętrznej wraz z pedyatryą (oraz z balneologią, hydroterapią i farmakologią), 14) chirurgiczna (chirurgia, ortopedya, laryngologia i otyatrya), 15) dentystyczna, 16) dermatologiczna, 17) neurologii i psychiatryi, 18) okulistyczna, 19) ginekologiczna, 20) medycyny sądowej i toksykologii, 21) medycyny publicznej (higiena, policya lekarska, badanie środków spożywczych), 22) weterynarska, 23) prasy lekarskiej.

Prace przygotowawcze wszystkich tych sekcyj są w pełnym toku. Większość sekcyj umieści na porządku dziennym swych obrad kilka z góry oznaczonych tematów, które przedstawią uproszeni do tego sprawozdawcy. Znaczna część tematów jest już obraną, nadto zgłoszono już kilkadziesiąt samodzielnych wykładów. Ostateczny termin zgłaszania samodzielnych wykładów ustanowił Komitet na dzień 1 czerwca 1900 r. Do zgłoszeń powinno być dołączone krótkie streszczenie zgłoszonego wykładu.

Prof. Dr. Kostanecki przewodniczący Komitetu.

Prof. Dr. Witkowski

Doc. Dr. Ciechanowski sekretarz Komitetu (Wielopole 4).

Sprawozdanie z ochronnych szczepień przeciwko wodowstrętowi metodą Pasteura w miesiącu grudniu 1899 r.

W miesiącu tym szczepiono ogółem 14 osoby, w liczbie tej 3 pozostałe w szczepieniu z listopada 1899 i 3 pozostające w leczeniu nadal na miesiąc styczeń 1900.

Wykaz liczbowy tych 14 osób, ze względu na rodzaj pokąsania:

Rodzaj pokąsania	A.	B.	C.	Liczby ogólne
w twarz i głowę	—	1	—	1
w kończyny górne	4	3	4	11
w kończyny dolne i tułów . .	—	1	1	2
w ciało nagie	4	3	2	9
przez ubranie	—	2	3	5
liczby ogólne	4	5	5	14

We wszystkich 14 przypadkach zwierzętami kąsającemi były psy.

O. Bujwid.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 25 stycznia.

* Nie zamierzamy opisywać okoliczności, które towarzyszyły chorobie i śmierci ś. p. Dr. Napoleona Kostaneckiego; są to już dziś rzeczy znane i wyjaśnione. Zmarły oddawał się badaniu hodowli prątków chorób zakaźnych i doświadczeniom na zwierzętach. Biorąc rzecz po ludzku, zakazić się mógł; tak też widocznie pojmował tę sprawę kol. prof. Bujwid, skoro pośpieszył z zawiadomieniem władzy o podejrzanym przypadku choroby swego pomocnika. Przedsięwzięto badanie bakteryologiczne w Krakowie i Wiedniu; z ramienia namiestnika przybył protomedyk, Radca Dr. Merunowicz, który zarządził środki ostrożności w Zakładzie prof. Bujwida i w domu zmarłego; sekcya i pogrzeb odbyły się z zachowaniem wszelkich środków bezpieczeństwa. Ostateczny wynik, jak wiadomo, jest ten, że sekcya nie dostarczyła dowodów, ażeby ś. p. Kostanecki umarł z moru; prątków morowych nie wykryto w Wiedniu i Krakowie; zwierzęta zastrzyknięte — nie padły; rodzina i najbliższe otoczenie — zdrowi; hodowle wykazały łańcuszkowce i pneumokoki, a nekroskopia stwierdziła wysięk surowiczy w opłucnej prawej i obrzęk śledziony.

Okoliczności, towarzyszące chorobie i śmierci ś. p. Dra Napoleona Kostaneckiego, które nie wykluczały możebności, że śmierć mogła nastąpić z moru, spowodowały szereg niezbędnych ostro-

żności, które uczyniły z pogrzebu tego nieodżałowanego pracownika szereg sanitarno-policyjnych formalności, może boleśnie przykrych dla rodziny i przyjaciół zmarłego, lecz w dniu pogrzebu, przed ostatecznym wynikiem wielostronnych badań przyczyny śmierci, jeszcze koniecznych. Dziś już wiemy, że ś. p. K. umarł nie z moru, że wszystkie te zachody były tylko aktem sumiennej ostrożności, a wynikły z głębokiego poczucia obowiązku wszystkich czynników, mających styczność z osobą ś. p. Kostaneckiego od chwili jego zachorowania aż do grobu. Trzeba było w istocie chyba urodzić się pod ciemną gwiazdą, ażeby nie tylko całe życie czuć na sobie argusowe oko władzy bezpieczeństwa dwóch zaborów, lecz i po śmierci oddać stężałe zwłoki pod straż tejże władzy. A jednak ci, co znali czystą duszę zmarłego, jako i ci, co z obowiązku w martwem jego ciele szukali zarazy, stwierdzić mogą, że za życia i po śmierci, moralnie i cieleśnie, zakaźnym on dla bliźnich nie był. Nie wiemy, czy miał ten człowiek kiedy dzieciństwo »sielskie-anielskie«; lecz młodość jego już była »górną«, bo była »chmurną«. Poznajemy go wychodźcą w Krakowie, gdzie po ukończeniu uniwersytetu rozpoczął »wiek męzki«, który dla niego już był do końca życia »wiekiem klęski«. Czy to, że umysł jego samodzielny nie dał się wtłoczyć w modny dziś kształt czaszki wygodnego filistra, czy też że miał pierś za szeroką, przykrojoną nie podług »miary krawca«, dość że gdy wyszedł ze szkoły w świat, znalazł na wszystkich drogach życia nieprzebyte baryery, a drzwi wszystkich świątyń nauki szczelnie zamknięte. Obarczony ciężką troską o byt rodziny, trawiony żądzą pracy naukowej, jak rdzą gryziony odczuciem niesprawiedliwości losu, przesuwał się między ludźmi jak cień człowieka z wbitym w ziemię wzrokiem, w którym czytałeś żal bezdenny i złowróżbne przeczucia. Doświadczenie uczy, że więcej niszczy ustrój ludzki długo wlekąca się ponura słota życia, niż kataklizm, równy burzy letniej; postać ś. p. Kostaneckiego zdradzała znękanie i wyczerpanie, a pierwsze wstrząśnienie sprawiło, że uległ i legł na wieki.

Z tego, co w tych warunkach zdołał drukiem ogłosić, widnieje umysł poważny, krytyczny i przenikliwy. Twierdzimy stanowczo, że w zmarłym straciło społeczeństwo niepospolitą siłę naukową, że Opatrzność go przeznaczyła do wyższych celów, a los i ludzie zepchnęli z drogi przeznaczeń. Czy to już plemie polskie tak obfituje w talenty, że wolno mu zmarnotrawić taką zdolność? czy też my tak już zkarleli, że nie możemy znieść tchnienia piersi młodej? W martyrologii naszej nie znamy drugiego przykładu, ażeby sam zapał młodzieńczy, bez czynów, ściągnął na siebie tak zapamiętałą i do grobu przetrwałą zemstę.

Ofiara nieporozumień tragicznych za życia był nią i po śmierci: pogrzeb ś. p. Napoleona Kostaneckiego, to urywek z poematu »Ojciec zadżumionych«. Na wieko trumny nie spadła łza dziecka, nie przeleciało nad nią westchnienie duszy przyjaźnej; szmer modlitwy zastąpił pogwar rozfantazyowanego tłumu, a skrzyp piór bezkrytycznych z lęku umysłów zagłuszył wrodzone każdej istocie ludzkiej uczucie żalu i powagi wobec majestatu śmierci. W psychicznym nastroju chwili, a właściwie rozstroju, padł nieoględny zarzut »fanatyzmu nauki«, który chętnie podchwytujemy, jako panegiryk, i jeśli nie wyrzeźbimy tych słów w granicie, to przekażmy imię ś. p. Napoleona Kostaneckiego wiecznej czci, jako niestrudzonego aż do grobu »fanatyka nauki«.

* Dr. Stanisław Ciechanowski, docent przy katedrze anatomii patologicznej, mianowany został profesorem nadzwyczajnym.

— Biblioteka Towarzystwa Lekarskiego otrzymała: 1) od J. W. Prof. Dra Jakubowskiego, dziekana Wydziału lekarskiego U. J., 8 roczników *Przeglądu Lekarskiego* w oprawie.

2) Od J. W. Dra Gałęzowskiego z Paryża dzieło własne pod tyt. *Traité iconographique d'ophtalmoscopie.*

3) Od Szan. Komitetu jubileuszowego ku uczczeniu 25-letniej działalności Prof. Korczyńskiego egzemplarz *Pamiętnika*, wydany staraniem tegoż Komitetu

Wszystkim powyżej wymienionym ofiarodawcom za przesłane dary składam najszczersze podziękowanie.

Dr. Leon Konrad Gliński, bibliotekarz Towarzystwa.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellońskim otrzymał Kazimierz, Zygmunt, Stanisław Rutkowski, docent Szkoły rolniczej w Czernichowie i weterynarz powiatowy.

* Zgromadzenie lekarzy lwowskich uchwaliło polecić i popierać na opróżnione miejsce posła na Sejm krajowy z m. Lwowa kandydaturę Dra Strojnowskiego. Zwiększenie grona lekarzy w Sejmie osobistością tej miary, co Dr. Strojnowski, jest wielce pożądane i zostało ogólnie jak najlepiej w kraju przyjęte.

* Sekcya chirurgii dróg moczowych XIII-go międzynarodowego Zjazdu lekar. dodatkowo ogłasza, że poza obrębem budynków Wystawy światowej urządza wystawę specyalnych narzędzi chirurgicznych w szpitalu Necker, gdzie się będą odbywały posiedzenia tej Sekcyi. Wezwanie do udziału w tej wystawie podpisał jej prezes, prof. F. Guyon. Wszelkich w tej sprawie informacyj udziela sekretarz generalny Sekcyi, Dr. Desnos (*Paris, rue de Rome, 31*). Okazy należy wysłać przed 1-szym marca.

* XIII tom »Wiestnika kliniczeskoj i sudiebnoj psichiatrii i newropatołogii«, znakomitego wydawnictwa prof. Mierzejewskiego w Petersburgu, opuścił prasę i obejmuje 365 stron treści oryginalnej. Zawiera następujące rozprawy: Dra Uspieńskiego: Przyczynek do sprawy psychicznych zwyrodnień. Dr. Falka: Doświadczenia nad pamięcią odległości, otrzymywanych przy pomocy ruchów ręki. Prof Cziża: Kliniczne nauczanie i kliniczne wykładanie. Dr. Sokołowa O wpływie zmian atmosferycznych na czynności fizyologiczne, a zwłaszcza na padaczkę. Dr. Finkelsteina: Spostrzeżenia sądowo-psychiatryczne. Dr. Falka: Przypadek okresowego zaburzenia odżywczego przy okresowej psychozie. Dr. Sokalskiego: Inerwacya naczyń w przebiegu ostrych chorób umysłowych. Dr. Rosenbacha: Przyczynek do dziejów Towarzystwa psychiatrycznego w Petersburgu.

Mianowania. Dr. Tirard mian. został prof. chorób wewn. w londyńskiem *King's College*. Dr. K. Schlösser mian. prof. nadzw. okulistyki w Monachium. Dr. Rigler z Pragi mian. prof. nadzw. higieny w Klausenburgu. Docenci: Freund i Hoche mianowani zostali prof. nadzw.: pierwszy ginekologii, drugi neurologii w Strasburgu. Dr. Heidenhain mian. prof. nadzw. anatomii w Tybindze.

Nekrologia. Dr. Sylwester Wendland, znany i ceniony lekarz w Poznaniu, zakończył tam życie wskutek zakażenia, którego nabawił się podczas operacyi. W Paryżu zmarł dr. Ferrand, członek Akad. lekar., prezes paryskiego Towarz. lekarzy szpitalnych, prymaryusz w Hôtel-Dieu. Dr. T. Orsi, prof. kliniki lekar., zmarł w Pawii.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Medycynie* Nr. 3: Wizela A.: Metoda »leczenia« w łóżku chorych umysłowych. Kozickiego L.: O wartości leczniczej surowicy przeciwpaciorkowcowej.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Fronczak E.: On the resuscitation of apperently dead newborn by Laborde's method. (Odbitka z *Buffalo medical journal*, styczeń, 1900).

— Prof. Rydygier L.: O leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego. (Odbitka z *Przeglądu lekarskiego*, Nr. 38. 1899).

— Pamiętnik jubileuszowy, wydany na cześć prof. Ed. Korczyńskiego. Kraków, 1900.

— Prof. Kuflewski: The thechnique of Minor Surgery and its Importance. (Odbitka z *Chicago Clinic*, grudzień, 1899. Z portretem autora).

— Tenże: Anesthesia and Anesthetics. (Odbitka z *Chicago Clinic*, listopad, 1899).

— Dr. Neugebauer Fr.: Pomyłki w określeniu płci, ujawnione drogą operacyjną. (Odbitka z *Pamiętn. Towarz. lekar. Warszaw.*, 1899).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 31 b. m., o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. prof. Bujwid mówić będzie „O epikryzie śmierci ś. p. dra Napoleona Kostaneckiego".

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Główny skład dla Galicyi i Bukowiny:

Pomiędzy naturalnémi wodami szczawowémi zajmuje
Woda
Krondorfska
alkaliczna
szczawa podług analiz
naszych pierwszych powag
jakościowo naczelne miejsce.

Perlberger i Schenker, Kraków, Poselska 15.